

問 診 票

東京女子医科大学東洋医学研究所鍼灸臨床施設

漢方医学では自覚症状がきわめて大切な情報となります。

お手数ですが是非ご協力下さい。(書きたくないところは無理に書かなくて結構です)

ふりがな

氏名 _____ 年齢 _____ 歳 (男・女・その他)

身長 _____ cm 体重 _____ kg 体温 _____ ℃ 職業 _____

※東洋医学研究所をどのようにしてお知りになりましたか？

知人からの紹介／インターネット／雑誌・テレビなど／女子医大関連施設(本院など)からの紹介／
他院(病院・クリニック)からの紹介／他院(鍼灸院)からの紹介／その他()

※併設の東洋医学研究所クリニックを受診していますか？ (はい いいえ)

①もっともお困りのことは、どのようなことでしょうか？

.....
.....

②それらの病気や症状は、いつから起こり、どのような経過をとっていますか？

.....
.....

②-2 その症状はどのような時に悪くなりますか？(季節、天候、時間帯、生理との関連、その他)

.....
.....

③現在医療機関におかかりですか？

診断名

薬品名

④次の質問にお答え下さい(該当する症状に○をしてください)

- 1) 食欲 (増加・普通・低下・ない) (自分で制限している・制限していない)
- 2) 睡眠 (良い・寝つきが悪い・眠りが浅い・早朝覚醒・よく目が覚める・よく夢をみる・その他)
- 3) 便 ____回／____日 便通(普通・便秘・下痢・便秘と下痢が交互にくる)
便の性状(普通・コロコロ便・硬い便・やや硬い便・やや柔らかい便・泥状便・水様便)
残便感(なし・あり) 腹痛(なし・あり) 腹のはり(なし・あり)
腹にガスがたまる(なし・あり) 下剤の服用(なし・あり) 下剤での腹痛(なし・あり)
- 4) 尿 ____回／日 夜寝てからトイレに起きる(なし・あり)(____回)
尿の色(普通・薄い・濃い) 残尿感(なし・あり) 排尿時痛(なし・あり)

5) 月経 (なし・あり) 初潮 _____ 歳 閉経 _____ 歳
最終月経 _____ 月 _____ 日から 月経期間 (_____ 日間)
月経周期 (_____ 日間) (順調・遅れる・早まる・一定しない)
月経痛 (なし・月経開始前・前半・後半) 鎮痛剤の服用 (なし・あり)
月経量 (普通・少ない・多い) 経血塊 (なし・あり)
不正出血 (なし・あり) おりもの (普通・少ない・多い・なし)
月経に関連した不調 (なし・月経開始前・月経中・その他の時期)

6) 妊娠・出産歴

現在 妊娠中 (週数 _____ 週) または 妊娠の可能性がある (はい・いいえ)
現在 授乳中 (はい・いいえ)
妊娠 _____ 回 ・ 出産 _____ 回 ・ 自然流産 _____ 回 ・ 人工流産 _____ 回

⑤ 現在の症状、ふだんの体質傾向についてお答えください。

(該当する症状に○、著しく該当する場合は◎をつけてください)

- * 暑がり／寒がり／冷える (全身・手・足・腹・腰・背・その他)／のぼせ／冷えのぼせ／顔面紅潮
発作性の熱感・発汗 (ホットフラッシュ)／眠気が強い／風邪をひきやすい／疲れやすい (全身・足・腕・その他)
体が重い・だるい (全身・腰・膝・足・腕・その他)／力が入らない (全身・腰・膝・足・腕・その他)
汗をかきやすい (いつも・発作性・その他) (日中・夜間・その他) (全身・頭・顔・上半身・脇・手のひら・足の裏・その他)／汗が出ない／寝汗／悪寒 (さむけ)／悪風 (風に当たると不快)／熱感 (熱っぽい)
肥満／やせ (太れない)／体重増加／体重減少／過食／拒食／水分をよくとる／くすぐったがり
浮腫 (むくみ) (全身・顔・手・足・その他)
- * 不安感／焦燥感／無気力／ゆううつ感／朝起きるのがつらい／イライラする／怒りっぽい
気分障害 (気分がムラがある)／夜泣き／歯ぎしり／神経過敏 (驚きやすい)／忘れっぽい
意識障害 (ぼーっとする)／においが気になる
- * 頭痛 (ズキズキ・キリキリ・しめつけられる・その他)／頭重／めまい (回転性・非回転性)／立ちくらみ
ふらつき／車酔いしやすい
- * 胸が苦しい (圧迫感・しめつけ感・つまった感じ・もやもやした感じ・しぼるような・重苦しい・鈍痛・その他)
胸が痛い／不整脈 (脈の乱れ)／動悸 (拍動を感じる)／咳 (空咳・痰がからむ)／呼吸困難 (安静時・運動時)
痰 (水のような・粘っこい・膿のような・血がまじる)／息切れ／のどの痛み／のどのイガイガ／のどの奥の乾燥
のどのつまった感じ
- * 食後に眠気やだるさを感じる／食べ過ぎると胃腸の調子が悪くなる／すぐ下痢をする／げっぷ／嘔吐／吐血
少し食べると腹が張って食べられない／呑気症 (空気を飲んでしまう)／胸焼け／悪心・吐き気
胃酸があがってくる／胃もたれ／胃の不快感／食べ物が胸につかえる／腹痛 (上腹・下腹・移動性)
季肋部 (肋骨の一番下あたり) の痛み／季肋部が苦しい／しゃっくり／腹がゴロゴロする／放屁 (おなら)
便意を頻回に催す／血便／下血／痔／脱肛／肛門痛
- * 眼痛／視力低下／目の疲れ／目のかすみ／目の充血／目のかゆみ／目の乾燥／まぶしい
眼瞼けいれん (まぶたのピクつき)／目やに／眼瞼下垂

＊耳鳴／頭鳴／耳閉感／難聴／耳だれ／くしゃみ／鼻汁(水のような・粘っこい・膿のような)／鼻づまり
 鼻が重い／鼻の奥の乾燥／後鼻漏(鼻汁がのどに落ちる)／鼻出血／いびき／においがわからない
 味がしない／味がおかしい／くちびるが乾く／口渇(水を飲みたい)／口乾(口をしめらせたい)
 口の苦味・粘つき／口臭／口内炎／しみる(舌・口腔内・唇)／舌痛／のどの痛み／のどのイガイガ
 のどの奥の乾燥／のどのつまった感じ／のどが腫れる／しゃっくり／声かすれ

＊発疹・湿疹／にきび／アトピー性皮膚炎／じんましん／しもやけ／肌荒れ／皮膚の乾燥
 皮膚のかゆみ／皮膚が脂っばい／色素沈着(しみ)／脱色／目のくま／あざが出来やすい
 皮下出血／毛が濃い／白毛(毛が白い)／脱毛(円形・全般に抜ける)／ふけ／いぼ／爪がもろい
 爪の異常／手術の傷あとの痛み／皮膚が化膿しやすい／ケロイドになりやすい／帯状疱疹後の痛み

＊痛み(腰・肩・背・ひざ・腕・手指・もも・足・その他)／こわばり(手指・その他)／こり(肩・背・首筋・腰・その他)
 はれ(ひざ・ひじ・手首・その他)／しびれ(腕・手指・もも・足・その他)／ほてり(手のひら・足の裏・その他)
 神経痛／筋肉痛／足がつる／筋力低下／関節が動きにくい／あざがしやすい／静脈瘤
 知覚麻痺(触れても感じない)／知覚異常(ムズムズなどの異常感覚)／知覚過敏／ふるえ／ひきつり
 けいれん／運動麻痺(体が動かない)／歩行困難／足のもつれ／足があがりにくい／つまずきやすい

＊不妊／子宮脱／性交痛／膣の乾燥／乳房の張り／おりものの異常(血性・膿性・その他)／性機能減退
 性欲の減退／会陰部(股間)の不快感／会陰部痛／睾丸痛

＊頻尿(昼間)／夜間頻尿／尿失禁／夜尿症／尿がにごる／血尿／尿量減少／水を飲む割に尿が少ない
 尿が出にくい／残尿感

＊今までの問診表に○を付けた症状のなかで、特に気になる症状を順に()に記入し、
 その症状の出現する頻度・程度にそれぞれ○をつけてください。

記入例：[頭痛・ズキズキ]

頻度:まれに	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	いつも
程度:わずか	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	非常に

1 [	頻度:まれに	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	いつも
	程度:わずか	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	非常に

2 [	頻度:まれに	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	いつも
	程度:わずか	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	非常に

3 [	頻度:まれに	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	いつも
	程度:わずか	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	非常に

4 [	頻度:まれに	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	いつも
	程度:わずか	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	非常に

5 [	頻度:まれに	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	いつも
	程度:わずか	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	非常に

6 [	頻度:まれに	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	いつも
	程度:わずか	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	非常に

7 [	頻度:まれに	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	いつも
	程度:わずか	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	非常に

※想像できる最悪の状態を10としてください

⑥ご家族・血縁についてお伺いします(同居の方には◎を付けてください)

父方・祖父(健康・病気・死亡)(病名:)
父方・祖母(健康・病気・死亡)(病名:)
母方・祖父(健康・病気・死亡)(病名:)
母方・祖母(健康・病気・死亡)(病名:)
父 (健康・病気・死亡)(病名:)
母 (健康・病気・死亡)(病名:)
兄弟姉妹(兄・姉・妹・弟)(健康・病気・死亡)(病名:)
兄弟姉妹(兄・姉・妹・弟)(健康・病気・死亡)(病名:)
兄弟姉妹(兄・姉・妹・弟)(健康・病気・死亡)(病名:)
配偶者 (健康・病気・死亡)(病名:)
子供(男・女)(健康・病気・死亡)(病名:)
子供(男・女)(健康・病気・死亡)(病名:)
子供(男・女)(健康・病気・死亡)(病名:)

⑦生活習慣についてお伺いします

* 飲酒歴	開始年齢 _____ 歳	中止年齢 _____ 歳
	過去の飲酒歴 なし・あり	飲酒量 _____ 合/日
	現在の飲酒歴 なし・あり	飲酒量 _____ 合/日
* 喫煙歴	開始年齢 _____ 歳	中止年齢 _____ 歳
	過去の喫煙歴 なし・あり	喫煙量 _____ 本/日
	現在の喫煙歴 なし・あり	喫煙量 _____ 本/日

⑧今までにかかった病気などについてお伺いします

* 入院歴 _____ 歳頃 (病名:)手術 なし・あり
_____ 歳頃 (病名:)手術 なし・あり
_____ 歳頃 (病名:)手術 なし・あり
* 通院歴 _____ 歳頃 (病名:)手術 なし・あり
_____ 歳頃 (病名:)手術 なし・あり
_____ 歳頃 (病名:)手術 なし・あり
* 輸血歴 なし・あり _____ 歳 * 黄疸 なし・あり _____ 歳
* 薬物アレルギー なし・あり (薬品名:)
* 食品アレルギー なし・あり (食品名:)
* 鍼灸治療の経験 なし・あり * アルコール消毒に過敏 なし・あり

⑨その他、気になる症状などがあればお書き下さい。

ご協力ありがとうございました